

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ВВЕДЕННЯ ПРОТИДИФТЕРІЙНОЇ СИРОВАТКИ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

З 1991 року відмітився початок зростання захворювання на дифтерію на території України, з періодами підвищення (1991-1994), стабілізації (1995) та спаду (1996). Ця епідемічна ситуація надала підставу робочій групі Європейського регіонального бюро ВООЗ вважати Україну проблемною щодо дифтерії державою Європи.

Першим серйозним кроком в боротьбі з дифтерією є введення протидифтерійної сироватки. Це допомогло знизити летальність на 70-80%. Разом з тим введення цього препарату може ускладнюватися розвитком алергічних реакцій (анафілактичний шок та сироваткова хвороба) для боротьби з якими ЛОР-лікар повинен мати знання та засоби протишокової терапії.

Медична допомога хворому в стані гострої анафілаксії повинна проводитися чітко, швидко і у правильній послідовності. Насамперед, необхідно запобігти подальшому введенню сироватки в організм, потрібно забезпечити надходження хворому свіжого повітря та вдихання кисню. Внутрішньовенно, струменево, дуже повільно вводиться 0,2-0,5 мл 0,1% адреналіну в 10-20 мл 40% розчину глюкози або ізотонічного розчину хлориду натрію. Додатково для боротьби із судинним колапсом вводиться 2 мл кордіаміну або 2 мл 10% розчину кофеїну. Якщо після вище перерахованих заходів не нормалізується артеріальний тиск, тоді налагоджується крапельниця – 300 мл 5% розчину глюкози + 1-2 мл 0,2% розчину норадреналіну й будь-які глюкокортикоїдні препарати (гідрокортизон 125-250 мг, преднізолон 90-120 мг).

При набряку легень дози цих препаратів слід збільшити. Кортикостероїдні препарати застосовуються у всіх затяжних випадках анафілактичного шоку. Тривалість лікування і дози препарату залежать від стану хворого.

Для ліквідації явищ бронхоспазму додатково до адреналіну в/в вводиться 10 мл 2,4% розчину еуфіліну на 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію (або 40 % розчину глюкози).

При виникненні стридорозного дихання і відсутності ефекту від комплексної терапії за життєвими показаннями проводиться трахеотомія.

При вираженому набряковому синдромі (набряк легень, мозку) з успіхом застосовується інфузія рідин з високим осмотичним тиском (нативна плазма, реополіглюкін, реосорбілакт).

Хворого в стані анафілактичного шоку із вираженими гемодинамічними показниками необхідно тепло вкривати, обкладати грілками і постійно давати вдихати кисень.

Прогноз у разі анафілактичного шоку залежить від своєчасної, інтенсивної і адекватної терапії, а також від ступеня сенсibiliзації організму.

Необхідно пам'ятати, що значну небезпеку для життя має місце у 2-5% хворих з пізніми алергічними реакціями, які перенесли анафілактичний шок, а також алергічні ускладнення з ураженням життєво важливих органів і систем організму.

Перебіг хвороби вважається сприятливим тільки за 5-7 діб після гострої реакції.

© Р.А. Абизов, В.Р. Абизов, Я.В. Шкоба, С.О. Лакиза, Я.С. Начеса, С.С. Самойленко, 2021

*Р.А. АБИЗОВ, С.С. САМОЙЛЕНКО, Н.В. БОЖКО, С.О. ЛАКИЗА, Л.В. САВЧУК,
Ю.І. ОНИЩЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)*

НАШ ВНЕСОК У РОЗВИТОК ТКАНИНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ОНКОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

В ЛОР-клініці НУОЗ України імені П.Л. Шупика з 2005 р. застосовується високочастотне електрозварювання (ВЧЕ). Нами розроблено і удосконалено ВЧЕ-інструменти та режими їх застосування. Вперше створено експериментальну модель системи сполучних тканин і на її основі описано механізм структурних перетворень в

тканинах під впливом ВЧЕ. В експериментах на неопромінених і опромінених щурах було доведено ефективність застосування ВЧЕ у роз'єднанні та з'єднанні тканин, а на свинях – повне та щільне закриття експериментальних ран та герметичність сформованого безшовного глотко-стравохідного співвустя.

Морфологічними дослідженнями встановлено, що зміни в м'язових тканинах шиї людини, що підлягали дії ВЧЕ, відповідають площині аплікації електрода інструменту.

Вперше розроблені, застосовані та впроваджені в клінічну практику хірургічна техніка операції ларингектомії з ВЧЕ та методика безшовного закриття глотково-стравохідного співвустя, і як наслідок – мінімізовано виникнення нориць та дефектів шиї. Достовірно встановлено, що крововтрата під час ларингектомії зменшилась в 2,8 рази порівняно з традиційною методикою, скоротились тривалість операції та час перебування хворого під

дією наркозних засобів в 1,4 рази. Доведено, що ВЧЕ сприяє абластичності.

Виявлено зменшення рецидивування пухлини в 1,7 рази порівняно з хворими прооперованими за традиційною методикою. На ранніх стадіях раку гортані серединної локалізації ми проводили реконструкцію хордектомованої голосової складки. Також розробили тактику ведення хворих у ранньому післяопераційному періоді та комплекс фонопедичних корекційно-реабілітаційних занять.

Вважаємо, що застосування ВЧЕ в хірургічному лікуванні хворих на рак гортані поліпшує ефективність хірургічного лікування, а в подальшому позитивно впливає на якість життя пацієнтів.

© Р.А. Абизов, С.С. Самойленко, Н.В. Божко, С.О. Лакиза, Л.В. Савчук, Ю.І. Онищенко, 2021

*Р.А. АБИЗОВ, Я.В. ШКОБА, С.С. САМОЙЛЕНКО, В.Р. АБИЗОВ, Я.С. НАЧЕСА
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПРИЧИН ЯТРОГЕННИХ УСКЛАДНЕНЬ, ЯКІ ОБУМОВЛЕНІ ПОМИЛКАМИ ТА ОГРІХАМИ ОБСТЕЖЕННЯ

Науково-технічний прогрес (друга половина ХХ – початок ХХІ сторіччя) значно збагатив медичну науку і практику новими діагностичними технологіями. Разом поряд з позитивними з'явилися негативні тенденції поширення ятрогенії, що обумовлені розвитком, значним обсягом та хибною інтерпретацією новітніх діагностичних методів досліджень.

Наші спостереження за ускладненнями патологічних процесів, що обумовлені помилками та огріхами обстеження онкоотоларингологічних хворих охоплює період з 1990 по 2020 роки. Проаналізовано понад 3000 історій хвороб ЛОР-онкологічних хворих, з яких у 4% спостерігалися ускладнення внаслідок діагностичних помилок.

Аналіз основних причин діагностичних ятрогеній дозволив зробити наступні висновки:

1. Так, має місце недооцінка анатомічних даних та характеру скарг хворого, а також недостатнє загальне обстеження пацієнта, що обумовлене неухважністю, недостатньою професійною відповідальністю, браком необхідних фахових знань і, як наслідок, відсутністю настороженості щодо онкологічних та інших тяжких та специфічних патологічних процесів.

2. Наявність новітніх діагностичних засобів (МРТ, КТ, УЗД) не завжди гарантує вірну інтерпретацію отриманих результатів дослідження.

3. Стосовно помилкової інтерпретації результатів морфологічних досліджень слід відмітити, що хибні результати, поряд з недостатньою професійною підготовкою лікаря, залежать від маскуючих процесів в оточуючих тканинах, глибини залягання патологічного вогнища, невірному виборі дослідження, тощо.

В цьому зв'язку пропонуємо наступні заходи усунення ятрогенії вищезазначеного типу:

1. Підвищення відповідальності та професійної дисципліни лікаря, удосконалення його фахової підготовки. Виховання настороженості щодо онкологічних захворювань.

2. Розширення необхідного діапазону методів діагностичного обстеження хворих.

3. Удосконалення фахових знань стосовно можливостей та обмежень спеціальних методів дослідження (мікроскопія, усі види ендоскопій, тощо).

4. При сумнівних результатах обстеження необхідно зробити підбір оптимального комплексу діагностичних методів для отримання точного діагнозу та якісних топічних даних.

5. При найменшому сумніві у диференціальному діагнозі (біопсія) бажано повторне проведення прицільного дослідження з урахуванням можливих помилок та вад.

© Р.А. Абизов, Я.В. Шкоба, С.С. Самойленко, В.Р. Абизов, Я.С. Начеса, 2021